UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Étranglement Crural de l'Appendice

A PROPOS
D'UN CAS D'ÉTRANGLEMENT RÉTROGRADE
DANS UNE HERNIE CRURALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le **8 Février 1922**

PAR

Pierre PY

Né à Cazouls-les-Béziers, le 18 Novembre 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
MASSABUAU, professeur. } *Assesseurs*
RICHE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTRANGLEMENT CRURAL DE L'APPENDICE

A PROPOS

D'UN CAS D'ÉTRANGLEMENT RÉTROGRADE

DANS UNE HERNIE CRURALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Étranglement Crural de l'Appendice

A PROPOS

D'UN CAS D'ÉTRANGLEMENT RÉTROGRADE

DANS UNE HERNIE CRURALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Février 1922

PAR

Pierre PY

Né à Cazouls-les-Béziers, le 18 Novembre 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
MASSABUAU, professeur.
RICHE, agrégé. } *Assesseurs.*
LAPEYRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	LEENHARDT.	Chirurgie	MM.	RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.	Accouchements		DELMAS (P.)
		MARGAROT.	Histoire natur.		GALAVIELLE
Anatomie		DELMAS (J.)			CABANNES.
Chimie		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *président*	MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON REGRETTÉ FRÈRE JULES

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR MARY-LOUISE

A MES PARENTS — A MES AMIS

PIERRE PY.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR V. RICHE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

PIERRE PY.

AVANT-PROPOS

Au moment d'abandonner la Faculté pour entrer dans la pratique de l'art médical, nous nous faisons un devoir d'adresser notre profonde gratitude à tous les maîtres qui, du Lycée à la Faculté, de la Faculté à l'Hôpital, ont, par leur enseignement, nous aidant de leurs conseils et de leur exemple, contribué à notre éducation littéraire, scientifique et médicale.

Nous devons en particulier une reconnaissance spéciale à Monsieur le professeur agrégé V. Riche qui, par ses conseils éclairés et son enseignement pratique de tous les jours, guida nos pas dans cette carrière qui s'ouvre aujourd'hui devant nous.

Monsieur le professeur Forgue a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous l'en remercions très respectueusement.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0075

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTRANGLEMENT CRURAL de L'APPENDICE

A PROPOS
D'UN CAS D'ÉTRANGLEMENT RÉTROGRADE
DANS UNE HERNIE CRURALE

INTRODUCTION

Il nous a paru intéressant, à propos d'une observation due à MM. les professeurs Riche et Galavielle, d'esquisser une étude sommaire de la pathologie de l'appendice hernié et étranglé.

L'existence de cet étranglement a été mise en doute par un grand nombre d'auteurs, lesquels ne voulaient admettre les étranglements appendiculaires que comme des modalités de l'appendicite herniaire. Il semble aujourd'hui démontré, depuis les observations publiées par Le Duigon (Thèse Paris, 1905), Douvier (*Dauphiné médical,* 1912), Morestin (*Bull. Soc. de chirurgie,* 1909), Potherat, (*Bull. Soc. de chirurgie,* 1909), etc., que les deux affections existent séparément. La limite n'en est pas nette, en effet, la

symptomatologie ne diffère pas qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre cas, et ce n'est guère qu'après ouverture du sac herniaire, que le diagnostic a pu être posé. Il est, du reste, des cas où les deux affections se trouvent réunies, entremêlant leurs lésions, de sorte qu'il devient pratiquement impossible de démontrer si les lésions d'appendicite sont primitives ou secondaires à l'étranglement.

Ce que nous nous sommes efforcé de démontrer dans cette étude, c'est l'existence de l'étranglement vrai, celui-ci pouvant d'ailleurs être compliqué lorsqu'il s'agit, comme dans notre observation, d'un cas de rétrogradation, cas exceptionnels, il est vrai, mais qui n'en rendent que le diagnostic plus difficile et le pronostic d'autant plus grave que l'intervention est tardive.

Nous ne citerons que cette observation toute récente et assez démonstrative, d'ailleurs, nous bornant à mentionner seulement dans notre index bibliographique les observations non moins intéressantes de Douvier, Le Duigon, Potherat, Morestin, Rolland, etc.

Dans cette étude sommaire, nous nous contenterons d'esquisser l'Etiologie, Anatomie Pathologique, Symptomatologie, Diagnostic, Pronostic et Traitement de ces affections, en insistant sur le diagnostic de l'étranglement vrai et sur l'urgence de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION

(Riche et Galavielle)

Mme A..., 66 ans, de bonne santé habituelle, a été opérée, il y a quelques vingt ans, d'une hernie crurale gauche.

Elle souffre depuis quelques jours de douleurs abdominales sans localisation précise, parfaitement supportables d'ailleurs.

Le 11 novembre 1921, ces douleurs augmentent d'intensité et s'accompagnent de nausées, puis de vomissemnts alimentaires. Elle se décide alors à appeler son médecin traitant, qui, sur la constatation d'une tumeur irréductible dans la région crurale, demande un avis chirurgical.

Le 12 novembre, au matin, la malade a vomi encore une fois, mais son état général reste bon. Pas de température, le pouls est aux environs de 80, régulier et bien frappé.

Le ventre n'est pas ballonné; la paroi abdominale est flasque et tombante; il existe une volumineuse hernie ombilicale, véritable éventration. A gauche, cicatrice verticale dans la région inguino-crurale ; pas de hernie à ce niveau. A droite, nous notons à la partie supéro-interne de la cuisse, une petite tumeur dure, irréductible, sensible à la pression, du volume d'une noix. Bien qu'il n'y ait pas eu suppression du cours des matières et des gaz, on

fait le diagnostic de hernie crurale étranglée, avec possibilité d'un pincement latéral de l'intestin.

L'intervention est pratiquée le jour même. Anesthésie rachidienne à la syncaïne (10 centigrammes). Anesthésie parfaite, sans aucun incident. Le sac est rapidement mis à nu et disséqué, puis ouvert avec précaution. La paroi est blanchâtre, épaisse et comme infiltrée. A l'ouverture, il s'écoule une très faible quantité de liquide un peu odorant. Mais ce qui frappe, c'est la coloration noirâtre de son contenu. Un examen attentif fait aussitôt reconnaître que ce contenu n'est autre chose qu'une anse appendiculaire et son méso, qu'une striction énergique maintient hors de l'abdomen. Appendice et méso présentent la même coloration noirâtre, il n'est pas possible de différencier l'extrémité cæcale de l'extrémité libre de l'appendice, qui ne peut être extériorisé qu'après large débridement de l'anneau crural aux depens du ligament de Gimbernat.

On constate alors :

1° Que l'appendice était presque en entier contenu dans la hernie crurale, sauf une toute petite partie avoisinant son implantation cæcale et une autre petite partie avoisinant son extrémité libre.

2° Qu'il existe sur cet organe deux sillons de striction, l'un, au ras du cæcum, l'autre à un centimètre de sa pointe.

3° Que les lésions ischémiques sont au maximum au niveau de la pointe de l'organe, qui présente une coloration feuille morte, tranchant sur la coloration noirâtre de l'anse incarcérée ;

4° Que l'appendice était libre de toute adhérence, aussi bien dans le sac que dans la cavité abdominale.

Malgré le débridement large de l'anneau crural et du

collet du sac, il n'est pas possible d'attirer le cæcum; on se borne donc à une appendicectomie classique, mais sans enfouissement du moignon. Fermeture soignée de l'anneau crural, et suture des parties molles sans drainage.

Suites opératoires sans aucun incident; la malade est autorisée à se lever le dixième jour.

FREQUENCE — ETIOLOGIE

L'étranglement de l'appendice est une affection relativement rare. Le Duigou en cite 29 cas dans sa thèse et depuis ce travail (1905) on retrouve assez peu d'observations, que nous avons d'ailleurs soigneusement notées dans notre Index bibliographique.

Rivet, dans sa sa statistique sur le siège des hernies appendiculaires, cite, sur 94 cas, 63 de hernies inguinales contre 28 de crurales, 2 d'ombilicales et une d'obturatrice; les crurales sont donc deux fois moins fréquentes que les inguinales. Si nous tenons compte que la fréquence de l'étranglement est de beaucoup moins importante dans les hernies inguinales que dans les crurales, le nombre des étranglements en est réduit d'autant.

Etiologie — Dans notre cadre restreint, nous n'envisagerons ni les prédispositions, ni les causes des hernies de l'appendice, nous bornant aux seuls étranglements de cet organe.

1° *Causes prédisposantes.* — Un certain nombre de facteurs interviennent.

a) C'est d'abord le *sexe.* Nous savons, en effet, que la hernie crurale est plus fréquente chez la femme que chez

l'homme, par suite la femme est plus prédisposée que l'homme aux étranglements appendiculaires.

b) L'*âge* a aussi son importance. En effet, très rares chez l'enfant plus fréquents chez l'adulte, les étranglements appendiculaires semblent augmenter de fréquence avec l'âge obtenant un maximum entre 60 et 70 ans.

c) Les *hernies congénitales* y sont plus sujettes que les hernies acquises.

d) C'est l'*âge de la hernie*. Plus celle-ci est ancienne, plus l'étranglement a des chances de se produire.

e) C'est enfin le *bandage* qui, loin de servir à la contention de la hernie, n'est le plus souvent qu'un agent favorisant l'étranglement.

2° *Causes déterminantes*. — Il n'est ici qu'un seul agent déterminant de l'étranglement, c'est la *poussée abdominale*.

C'est une action musculaire forcée, un mouvement brusque, un effort de toux, de défécation, qui, donnant une impulsion soudaine à la masse intestinale, projettera l'appendice vers un des orifices de la paroi abdominale. Celui-ci se laissant forcer par cette impulsion, revient sur lui-même, exerçant une striction sur l'organe ou la partie de l'organe restée en dehors de la cavité abdominale.

La hernie sera d'emblée étranglée ou bien le plus souvent elle s'étrangle peu à peu, par suite de la formation d'un cercle vicieux: la striction produisant la stase sanguine elle-même ayant pour conséquence l'augmentation de volume de l'organe, d'où étranglement de plus en plus resserré.

Nous verrons d'ailleurs au chapitre de l'Anatomie pathologique, le mécanisme de l'étranglement et les lésions qu'il détermine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Trois points méritent ici d'attirer notre attention:

1° L'agent de l'étranglement;

2° La disposition de l'appendice dans le sac herniaire;

3° Les lésions de la partie étranglée.

1° *Agent de l'étranglement.* — C'est d'abord le *collet* du sac. Dans une hernie déjà ancienne et le plus souvent contenue par un bandage, le collet se plisse, il se forme secondairement des adhérences rétrécissant d'autant l'orifice dans lequel à l'occasion d'un effort l'appendice viendra s'engager et par suite s'étrangler.

C'est l'existence d'un *diaphragme* à la partie moyenne du sac.

Ce seront des *brides épiploïques* adhérentes au sac.

C'est exceptionnellement *un orifice anormal* dans l'arcade crurale.

Enfin, c'est surtout le *bord tranchant du ligament de Gimbernat.*

2° *Disposition de l'appendice à l'intérieur du sac.* — L'appendice est accompagné de son méso qui, lui-même, subit la striction.

a) Dans la plupart des observations que nous avons parcourues, l'appendice était *descendu droit* à travers l'orifice herniaire et était en entier contenu dans le sac.

La striction avait agi au ras de l'insertion cæcale ou à quelques millimètres au-dessous.

b) Dans l'observation que nous citons ici et nous en avons retrouvé au moins deux à peu près semblables, l'appendice étant *recourbé sur lui-même*. Il y a *deux* sillons d'étranglements, l'un à la base de l'insertion cæcale, l'autre à quelques millimètres de l'extrémité libre.

c) Il est possible aussi de retrouver sur l'appendice un cas identique au *pincement latéral* de l'intestin (Okinczye et Rouffignac. Soc. chirurgie, nov. 1920).

d) Citons également les cas assez fréquents de *hernies isolées* de l'appendice sans sac péritonéal.

e) Enfin, il est des cas rares qui ne seront plus des étranglements de l'appendice, dans lesquels on retrouve non seulement l'appendice, mais le *cæcum descendu* à travers l'orifice herniaire, le cæcum seul portant le sillon d'étranglement et cæcum et appendice présentant les mêmes lésions ischémiques, caractéristiques de l'étranglement.

3° *Lésions des parties étranglées.* — Ces lésions sont identiques à celles que l'on retrouve sur un entérocèle étranglé, mais elles sont variables suivant le degré de la constriction.

a) *Sillon d'étranglement.* — Il existe dans tous les cas un sillon (parfois deux) ecchymotique, violacé, qui persiste après ablation de l'appendice.

b) *Corps de l'appendice.* — Striction légère au début ne déterminant que des *troubles circulatoires*. La stase veineuse s'établit peu à peu, augmentant considérablement le volume du corps de l'appendice, ce qui resserre d'autant la striction, en même temps que se produisent de nombreux foyers hémorragiques avec transsudation de liquide citrin qui rougit peu à peu.

A un degré plus avancé, la *muqueuse se desquamme et se nécrose.* Thromboses, ruptures vasculaires se succèdent, donnant à la partie étranglée la coloration noirâtre caractéristique. Enfin, si la striction continue de s'exercer, l'appendice va prendre la coloration feuille morte, d'une friabilité extrême, traduisant le *sphacèle* et la *désagrégation.*

c) A côté de ces lésions du corps de l'appendice, on retrouve des *lésions du méso* en tout points semblables: coloration noirâtre, puis feuille morte, de la gangrène et du sphacèle.

d) Notons enfin que, dans l'observation que nous publions, les lésions étaient beaucoup plus avancées sur l'extrémité libre intra-abdominale qui présentait la coloration feuille morte, alors que la partie de l'appendice intra-sacculaire n'était encore qu'au stade de troubles ischémiques avec la coloration noirâtre caractéristique. (Nous pouvons ici rapprocher les lésions de l'extrémité libre des lésions d'une anse abdominale étranglée en W ou étranglement rétrograde décrit par M. le professeur Forgue, dans le *Précis de pathologie externe.*)

L'ensemble de ces caractères, que nous pouvons résumer ici, nous permettra de différencier l'étranglement vrai d'avec l'appendicite herniaire.

Ce seront:

1° L'existence d'un sillon net d'étranglement persistant après ablation de l'organe;

2° La prédominance de lésions ischémiques (présence de liquide teinté, coloration noirâtre ou feuille morte de l'anse appendiculaire), en tous points identiques à celles de l'intestin étranglé.

3° La disparition brusque de toute lésion immédiatement au-dessus du sillon d'étranglement.

SYMPTOMATOLOGIE

« Les symptômes de l'étranglement appendiculaire sont d'une bénignité extraordinaire, parce que toute communication avec la grande cavité péritonéale est interrompue, l'infection est en somme limitée au sac... aussi les accidents ne semblent nullement pressants » (Guinard, in Le Dentu et Delbet, *Traité de Chirurgie.*)

Nous croyons en effet que la bénignité des symptômes tient à ce que, dans la plupart des cas, les lésions ne franchissent pas l'anneau d'étranglement. Néanmoins et surtout lorsqu'il s'agit, comme dans notre observation, d'un étranglement rétrograde, avec l'extrémité libre de l'appendice sphacélée, à l'intérieur de la cavité abdominale, il vaut mieux ne pas s'attarder ni se fier à un calme trompeur et sitôt posé le diagnostic d'étranglement « lever l'obstacle » par une intervention chirurgicale.

C'est un malade, une malade le plus souvent qui, *brusquement* ressent, dans la région inguino-crurale *droite,* une *douleur* vive, accompagnée de *nausées,* parfois de *vomissements alimentaires.* Le *cours des matières* est parfois interrompu, les *émissions de gaz* sont généralement conservées.

A l'examen, on découvre, au-dessous de l'arcade crurale droite, près de l'embouchure de la saphène interne,

une *tuméfaction* généralement *petite* (noix), *douloureuse* à la pression, *mate* et *irréductible*.

L'abdomen n'est pas *ballonné* sans réaction de défense de la part des muscles de la paroi.

L'*état général* est conservé *bon*, sans modifications appréciables de la température. *Pouls* normal.

Le *facies* n'a subi aucune altération notable.

Ce tableau ne présente aucun signe qui puisse nous effrayer. Mais si la lésion est abandonnée à elle-même et surtout s'il existe des lésions intra-abdominales comme dans notre observation; ce calme ne va pas tarder à être troublé par l'apparition de nouveaux symptômes plus redoutables, traduisant l'infection péritonéale, depuis la péritonite partielle, simple indice de réaction de la séreuse, jusqu'à la péritonite septique suraiguë, emportant le malade parfois en moins de vingt-quatre heures.

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic* est assez difficile et en fait, il est très rare que l'on pense à un appendice étranglé, ayant plutôt en vue l'étranglement d'une entérocèle ou d'une épiplocèle.

Toutefois, on pourra songer à un étranglement appendiculaire, lorsque chez un sujet porteur d'une tumeur petite, irréductible, douloureuse, au niveau de l'orifice herniaire droit, on retrouve des symptômes atténués d'étranglement.

La hernie étranglée a-t-elle un contenu intestinal? — On est ici en présence d'une tumeur sonore, réductible le plus souvent, devenue mate et irréductible, avec *arrêt absolu* du cours des matières et des gaz, tendance à l'hypothermie, vomissements fréquents, bilieux, porracés, puis fécaloïdes.

La hernie contient-elle seulement l'épiploon? — On retrouve une tumeur réductible, devenue irréductible, *peu douloureuse,* accompagnée de coliques, nausées et constipation.

Toutes choses égales d'ailleurs, nous prenons ici les symptômes caractéristiques de l'entérocèle ou de l'épiplocèle étranglé comparés aux symptômes de l'étrangle-

ment appendiculaire, tels que nous les avons décrits et qu'il est rare de retrouver avec autant de netteté, ce qui rend le diagnostic dautant plus difficile.

S'agit-il d'un pincement latéral? — Tout au plus quelques présomptions nous feront écarter ce diagnostic ; peut-être l'atténuation des symptômes d'étranglement, l'imminence moins grande des accidents? Il est aussi un cas où l'on pourra être embarrassé, c'est le cas, rare il est vrai, où l'on se trouverait en présence d'un *étranglement du diverticule de Meckel*, dont la symptomatologie (Cf. Forgue et Riche: le diverticule de Meckel, pp. 246 à 251) rappelle assez bien celle de l'étranglement appendiculaire que nous avons décrite. On pourra penser au diverticule de Meckel si le sujet présente quelque malformation congénitale. L'argument de fréquence sera en faveur de l'étranglement appendiculaire.

Il nous reste enfin à citer, sans y insister davantage, les cas très exceptionnels où l'on a retrouvé l'ovaire ou la trompe étranglée dans un sac de hernie.

Quant au diagnostic de l'étranglement vrai d'avec l'appendicite herniaire, il est cliniquement impossible, seules les lésions que nous avons décrites au chapitre de l'anatomie pathologique permettront de les différencier.

Pronostic. — Il doit toujours être réservé. Un appendice étranglé peut entraîner, malgré la bénignité de son tableau clinique, un pronostic sévère. Nous avons vu, en effet, au cours de cette étude, avec quelle rapidité l'appendice étranglé, abandonné à lui-même, aboutissait à la gangrène et à la perforation, ouvrant la porte à tous les germes susceptibles d'envahir la séreuse péritonéale. Le pronostic ne dépend donc que du temps écoulé depuis l'ap-

parition de l'étranglement, du mode d'étranglement et de la précocité de l'intervention.

Traitement. — L'étranglement reconnu, il n'existe qu'une seule ligne de conduite à suivre c'est l'intervention chirurgicale. Trois temps pourront la résumer: kélotomie, appendicectomie et cure radicale de la hernie.

Après incision des téguments, on se préoccupera de rechercher le sac parfois difficile à découvrir au milieu d'adhérences. Libération et ouverture du sac. Section de l'agent d'étranglement (collet, brides ou ligament de Gimbernat). Ceci fait, on cherche à attirer le cæcum de façon à s'assurer de son intégrité et à sectionner l'appendice le plus près possible de son insertion cæcale. Au cas où on ne pourrait abaisser le cæcum, on se contentera de réséquer l'appendice le plus possible. Résection du méso et des brides épiploïques. Enfouissement du moignon. On libère ensuite le sac qui sera sectionné le plus près possible de sa base.

Enfin, un dernier temps sera employé à la réfection de la paroi en réunissant par quelques points de suture le bord interne du ligament de Gimbernat à l'aponévrose pectinéale. Suture de la plaie et, s'il existe de l'inflammation ou qu'il s'écoule un liquide suspect, on pourra laisser en place un drain pendant quelques jours.

CONCLUSIONS

I. — Quoique rare, l'étranglement herniaire vrai de l'appendice est incontestable.

II. — L'étiologie ne paraît présenter rien de spécial. Les lésions rappellent ordinairement celles de l'intestin étranglé.

III. — Les symptômes ordinairement assez bénins, peuvent devenir très graves, si la lésion est abandonnée à elle-même. Le tableau clinique est celui de l'étranglement herniaire avec une certaine atténuation symptomatique.

IV. — Le diagnostic clinique en est très difficile sans être toutefois impossible.

V. — Le pronostic dépend de la modalité de l'étranglement et de la précocité de l'intervention.

VI. — Le traitement, qui doit être hâtif, comporte trois temps: kélotomie, appendicectomie et cure radicale de la hernie.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les thèses ou autres publications antérieures à 1905, se reporter à la bibliographie de la thèse de Le Duigou, Paris, 1905. Depuis 1906:

Aldi. — Un cas d'étranglement de l'appendice. *Gazette médic. de Napoli,* 1919.

Allen. — *Surg. and obst.,* Chicago, 1913.

Bartholomenz. — Un cas de hernie étranglée avec appendice. *Brit. J. M.,* London, 1910.

Calabrese. — *Bull. Soc. méd.,* Bologne, 1911.

Caplesco. — Hernies de l'appendice et appendicite herniaire. *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 26 avril 1911.

Cunning. — *Presse médicale,* 1908.

Daniel. — Hernies de l'appendice iléo-cæcal. *Progrès médical,* Paris, 1913.

Delore. — *Lyon chirurgical,* 1910.

Douvier. — Hernies étranglées de l'appendice. *Dauphiné médical,* Grenoble, 1912.

Ewart. — The relation of the vermiformis appendix to external hernia. *Practitioner,* London, 1913.

Fowler. — *Am. J. Surgery N.-Y.,* 1913.

Gallois. — *Lyon Médical,* 1912.

Giodarno. — *Rif. med.,* Napoli, 1919.

Hall. — Hernia complicated with appendicitis. *Gen. Practitioner East. St-Louis,* 1911.

Jaboulay. — In *Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.*

Jouemm. — Thèse Paris, 1906.

Kirmisson. — *Revue gén. clin. et thérapeutique,* Paris, 1913.

— *Idem,* 1914.

— *Bull. Société de chirurgie,* 24 juin 1908.

Klein. — *Chirur. Leipzig,* 1919.

Le Clerc. — Hernie isolée de l'appendice dans un sac crural. *Soc. de chirurgie,* 21 mars 1906.

Lapeyre et Cathala. — Hernies isolées de l'appendice. *Montpellier médical,* 1919-20.

Le Duigou. — Thèse Paris, 1905.

Lejars. — Chirurgie d'urgence.

Lermart-Pœrlin. — *Arch. gén. de chimie,* Paris, 1912.

Leriche. — *Lyon médical,* 1913.

Luxardo. — *Riv. venita di scien. med.,* Venezia, 1910.

— *Giorn. ospedale Maria Vittoria,* Torino, 1910.

Mafera. — *Policl.,* Roma, 1920.

Mencke. — *Am. Surgery,* 1918.

Meriel et Lefebvre. — *Toulouse médical,* 1911.

Moccia. — *Riv. gen. veneta di sc. med.,* Venezia, 1913.

Morestin. — Etranglement crural de l'appendice. *Bull. Soc. de chirurgie,* 17 mars 1909.

Okinczyc et Rouffignac. — Pincement isolé du corps de l'appendice d'hernie crurale droite avec inflammation secondaire de la pointe. *Bull. Soc. de chirurgie,* 17 novembre 1920.

Ollerenshaw. — *Lancet,* London, 1914.

Potherat. — Etranglement de l'appendice iléo-cæcal dans une hernie crurale droite. *Bull. Soc. de chirur.,* 26 mai 1909.

ROLLAND. — Thèse Montpellier, 1913.
SEFF. — *Med. Rev.* N.-Y., 1914.
TOURNEUX. — *Arch. méd.*, Toulouse, 1913.
SLAVIERO. — *Gazz. di osped.*, Milano, 1910.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je prpmets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Contribution à l'étude de l'Etranglement crural de l'Appendice.*

Par M. Pierre Py

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 1er février 1922.
Le Professeur,
FORGUE.

Vu :
Montpellier, le 1er février 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 février 1922.
Le Recteur,
Jules COULET.